

другими специалистами, недостаточное санаторно-курортное лечение. Имеются данные о заболеваемости детей в зависимости от порядкового номера рождения ребенка – вероятность влияния пренатальных факторов, начиная с 4-го ребенка, показатель общей заболеваемости – выше.

Дети первых 3-х порядков рождения более длительный срок находятся на грудном вскармливании, но страдают режим и качество питания. В структуре заболеваемости детей на 1-ом месте стоят заболевания органов дыхания, на 2-ом – нарушения питания, обмена веществ, на 3-ем – заболевания нервной системы, органов зрения. Отмечается высокий уровень заболеваний центральной нервной системы у детей высоких порядков рождения: задержка нервно-психического развития, олигофрения различной степени, неврозы. Подростки имеют здоровье ниже средних показателей.

Из вышесказанного можно сделать следующее заключение, что увеличить численность населения – это одна задача, а вот чтобы будущее поколение росло здоровым сделать гораздо сложнее.

Литература:

1. <http://belsmi.by/news/society/11115/>
2. [http://revolution.allbest.ru/sociology/00284862\\_0.html](http://revolution.allbest.ru/sociology/00284862_0.html)
3. <http://ru.novabelarus.com/belarus-segodnia/demograficheskaya-situatsiya-v-belarusi/>
4. <http://www.bestreferat.ru/referat-214685.html>
5. <http://www.dissercat.com/content/mnogodetnye-semi-obraz-zhizni-zdorove-detei-sotsialnaya-zashchita-kompleksnoe-sotsiologicheskoe>

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННОЙ ШКОЛЬНИЦЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

***Н. В. Качук, С. А. Гарбуз, Л. В. Гутикова***

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Актуальность: Материнство в школьном возрасте это проблема и семьи и школы. В то же время, недостаточно изученным остается вопрос о взаимосвязи психоэмоционального статуса юной беременной на течение беременности, родов и послеродового периода.

Цель: Изучение особенностей анамнестических данных, течения беременности, родов и послеродового периода у юных женщин для разработки оптимальных методов ведения гестации, родоразрешения и профилактики осложнений.

Методы исследования: Изучены анамнез, особенности течения беременности, родов, послеродового периода у 66 юных мам, родоразрешенных в перинатальном центре в течение последних 5-и лет (20011-2015 годы). Для сравнения нами было сформировано две группы: контрольная- 34 пациентки, беременность которых протекала без осложнений, и основная – 32 родильницы с осложненным течением беременности. Оценивая особенности течения родов, рассмотрены

следующие показатели: срок наступления родов, предлежание плода, способ родоразрешения, кровопотерю в родах. В послеродовом периоде всем юным родильницам дополнительно к обязательному клиническому обследованию проводилось клинико-психологическое изучение эмоционально-психической сферы. Использовались стандартные методики: САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера-Ханина (уровень личностной и ситуационной тревоги), тест Зунга (глубина депрессии).

Результаты: на момент госпитализации в ПЦ 68% пациенток состояли в браке, 22% готовились к вступлению в брак, и 6 родильниц скрывали факт беременности, и отца ребенка не указывали. 87,8% пациенток имели незаконченное среднее образование. Следует отметить, что только 9 женщин не имели нарушений в соматическом статусе. Отягощенный гинекологический анамнез имели 10% женщин. По паритету беременности у 60 женщин беременность первая, у 6 – вторая. Роды у всех первые. Проанализировав сформированные группы, были получены следующие данные: в контрольной группе все юные беременные на момент госпитализации состояли в браке, встали на учет по беременности до 12 недель – 50%, до 22 недель -35%, и 15% в более поздние сроки. В этой группе все беременные наблюдались у психотерапевта: 50% в условиях женской консультации, 30% посещали школу молодой матери, и 20% пациенток прошли подготовку к родам с участием психотерапевта в ПЦ. Все пациентки из этой группы родили в срок. В основной группе из 32 юных беременных у 16 пациенток имела место угроза прерывания беременности. Гестоз имел место у 4 женщин; многоводие у 1 пациентки; ФПН – у 7, анемию беременных имели 10 пациенток. В этой группе на учет по беременности до 12 недель встали только 5%, до 22 недель - 45%, и 44% в более поздние сроки, а 2 пациентки не состояли на учете. Состояли в браке 34.3% пациенток, готовились к регистрации брака 47% беременных и 18.7% не называли отца ребенка. Консультированы психотерапевтом только 15%, причем 9% уже перед родами в ПЦ. Преждевременно родили 15% пациенток этой группы. Причиной преждевременных родов явилась психоэмоциональная нагрузка. У 64 беременных было головное предлежание плода, у 2 пациенток тазовое.

У 60 женщин роды протекали естественным способом (91%). Две юные роженицы родоразрешены в плановом порядке путем операции кесарево сечение по причине тазового предлежания плода. У 4 беременных кесарево сечение выполнено по экстренным показаниям, причем у 3 из основной группы. Объем кровопотери у большинства пациенток не превысил физиологического.

У 78% женщин послеродовый период протекал без осложнений, у 18% женщин была постгеморрагическая анемия, у 4% родильниц имела место субинволюция матки. 88% обследуемых женщин имели нарушения эмоциональной сферы различной степени выраженности. Необходимо отметить, что астеноневротические жалобы (слабость, вялость, утомляемость, нарушение сна, раздражительность) были зафиксированы у всех женщин в

послеродовом периоде. Клинически психоэмоциональные нарушения распределились следующим образом: жалобы фобического характера (тревога, напряжение, различные страхи, в том числе страх за своё здоровье и здоровье ребёнка) – 49 женщин, что составило 74 % от всех юных родильниц. Из них 15% родильниц высказывали страх общения с ребёнком – это 10 пациенток из основной группы. Жалобы депрессивного характера (подавленность, плаксивость, плохое настроение) – выявлены у 25% родильниц, все они из основной группы. У 12% родильниц эмоциональные нарушения отличалась минимальной выраженностью (контрольная группа).

Выводы:

1. Пациентки, беременность у которых наступила в школьном возрасте, должны быть с момента взятия на учет отнесены к группе высокого психоэмоционального риска, консультироваться совместно с мужем (родителями) у психотерапевта.

2. При ведении данного контингента беременных необходимо соблюдение преемственности оказания акушерской гинекологической помощи и психоэмоциональной поддержки. Оптимальным является как можно более ранняя явка беременной в женскую консультацию, совместное наблюдение акушером гинекологом и психотерапевтом, совместно с партнером обязательное посещение занятий в школе молодой матери.

3. Необходима дородовая госпитализация не менее чем за 1-2 недели до предполагаемого срока родов.

## **АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ У ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

*Н. В. Качук, Л. Н. Кеда, А. И. Пальцева, А. В. Русина*

*УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Бесплодие является серьезной проблемой, с которой по данным ВОЗ сталкивается каждая шестая семья (до 15%). В РБ бесплодный брак составляет 15%. При частоте бесплодных браков 15% и более возникает социально-демографическая угроза страны. Наиболее эффективным современным методом лечения бесплодия является метод экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (ЭКО). Однако, наряду с получением желанной беременности, большое значение имеет характер ее течения, особенности родов и послеродового периода, а также влияние процедуры на здоровье женщины.

Течение беременности, наступившей после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов в полость матки характеризуется высокой частотой развития акушерской и перинатальной патологии.